



Lebenshilfe Crailsheim

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu der Vereinigung „**Lebenshilfe** für Menschen mit Behinderung Crailsheim e.V.“

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag von € _____ steuerbegünstigt zu zahlen (empfohlener Jahresbeitrag mindestens € 35,--).

Name / Vorname: _____ Tel: _____

Anschrift: _____

Email: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Ich habe ein behindertes Kind bzw. einen behinderten Angehörigen ja nein

----- ✂ -----

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Crailsheim e.V.
Straße und Hausnummer: Goldbacher Straße 60

Postleitzahl und Ort: 74564 Crailsheim Land: Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06ZZZ00000087937

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger- Lebenshilfe auszufüllen):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger „Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Crailsheim e.V.“, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Crailsheim e.V.“ auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

Anschrift des Zahlungspflichtigen
Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____ Land: Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen): _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____

Jahresbeitrag: € _____ Freiwilliger Beitrag: € _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen: _____